

임시 보조금 지급 승인서
최초 지급금
INITIAL PAYMENT

| | | | |
|---------|------------|-----------|------|
| 신청인 성명 | 소셜 시큐리티 번호 | 신청인 ID 번호 | 전화번호 |
| 주소 | 시 | 주 | 우편번호 |
| 우편수령 주소 | 시 | 주 | 우편번호 |

주(State) 정부는 사회보건부(Department of Social and Health Services)를 의미합니다.

본 승인서를 서명함에 따라 본인은 주정부에게 어떤 일을 수행할 수 있게 하는 것입니까?

본인이 생계보조비(SSI) 혜택을 받을 수 있음이 판단된 경우, 사회보장행정국의 위원회(Commissioner of the Social Security Administration)에서 다음과 같은 사항들을 이행할 수 있음을 인정합니다.

- 최초의 SSI 소급 금액을 주정부에 송부할 수 있습니다.
- 연방 법률에 의해 본인에게 지급되는 SSI 수혜 방법이 제한 받는 경우, 본인이 주정부로부터 상환할 수 있는 정부보조금의 액수에 상응하는 지원금 만을 주정부로 보낼 수 있습니다.

주정부는 본인에게 지급된 정부보조금을 어떤 방법으로 상환하게 됩니까?

주정부는 SSI 수혜 자격이 판단된 후 주어지는 SSI의 수령 첫 달부터 본인의 SSI 지급이 시작되는 해당월의 말일까지 본인이 주정부로부터 지급 받은 액수와 동일한 금액을 본인의 SSI에서 소급하여 공제할 것입니다. 주정부가 본인의 정부보조금 지급을 즉시 중지할 수 없는 경우에는 다음 달까지 연장될 것입니다. 본인이 받을 수 있는 방도의 모든 초과금을 연방 법률에 의해 제한 받는 경우, 사회보장행정국(SSA)은 본인이 수령한 지원금에 상응하는 금액 만을 주정부로 송부하게 될 것입니다. 주정부는 연방 자금에 의해 전적으로 혹은 부분적으로 지원되는 혜택에 소요되는 금액을 공제하지 않습니다.

주정부에서 너무 많은 금액을 수령하는 경우는 어떻게 됩니까?

주정부는 SSA로부터 지원금을 수령한 지 10일(근무일 기준) 내에 본인이 지급 받을 액수가 명시된 서한과 함께 초과 지급액을 송부할 것입니다.

SSA로부터 최초 지원금을 받은 후 제가 할 일은 무엇입니까?

수표에 지급 인을 "워싱턴주(State of Washington)"로 배서한 후, 다음 주소로 보냅니다.

STATE OF WASHINGTON
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR), MAIL STOP 5862
PO BOX 9501
OLYMPIA WA 98507-9501

본 승인서는 언제까지 유효한 것입니까?

본 승인서는 주정부에서 본 승인서를 수령하는 일자로부터 정확히 1년동안 주정부 및 본인에 대해 구속력을 가집니다. 본 승인서는 주정부 대표자와 본인에 의해 체결됨으로써 그 효력이 발생됩니다. SSA는 본 승인서를 일년동안 서류상으로 보관하도록 규정되어 있습니다.

- 본인이 최초로 SSI를 지급 받거나
- 본인이 심사 요청서를 적시에 제출하지 않았거나 행정상 또는 사법상 검토요구에 필요한 최장기간이 만료되거나
- 주정부와 본인이 본 승인서를 종결하기로 합의한 경우입니다.

주정부에서 본인이 본 승인서를 서명하였다는 사실을 본 양식 상의 서명 일자로부터 30일 이내에

SSA에게 통보하지 않을 경우, 본 승인서는 그 구속력을 행사할 수 없습니다.

본 승인서는 SSI 혜택을 위한 보장 자료로서 사용되는 것입니까?

그렇습니다. 만일 본인이 SSI 지원서를 제출하지는 않았지만 SSI 지원서를 제출하고자 하는 경우, 본 양식은 본인의 출원기간을 보장하기 위하여 SSI 지원서를 제출하는 데 60일 기간을 가진다는 것을 보여주는 SSA 공문이기도 합니다. 본인의 신청이 승인될 경우, SSI 혜택은 본인이 본 양식에 서명한 날짜부로 유효한 것으로 인정됩니다. 본인이 SSI 수령 신청서를 60일 내에 제출하지 않을 경우, 본 승인서는 SSI를 출원할 수 있는 기간을 더 이상 보장해 줄 수 없습니다.

본 승인서 및 대금 반환과 관련한 주정부의 어떠한 조치에 대해 의견이 있을 시, 공정 청문회에 의뢰할 수 있는 권리가 가집니다.

| | |
|-------------|----------|
| 신청인 서명 | 날짜 |
| DSHS 대표인 서명 | DSHS 수령일 |